

## Les dessous du travail en santé mentale The hidden side of mental health work

Louise Blais

Volume 11, numéro 1, juin 1986

Politiques et modèles I

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030320ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030320ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Blais, L. (1986). Les dessous du travail en santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 11(1), 59–65. <https://doi.org/10.7202/030320ar>

Résumé de l'article

Quelques questions sont soulevées sur les valeurs sociales qui sous-tendent les structures changeantes des services en santé mentale et, à l'intérieur de ceux-ci, la relation thérapeutique. Il s'agit d'une tentative pour éclairer un tant soit peu les dimensions sociales du symptôme et voir comment le cadre de la relation thérapeutique traduit une des multiples facettes des rapports sociaux.

## Les dessous du travail en santé mentale

Louise Blais\*

Quelques questions sont soulevées sur les valeurs sociales qui sous-tendent les structures changeantes des services en santé mentale et, à l'intérieur de ceux-ci, la relation thérapeutique. Il s'agit d'une tentative pour éclairer un tant soit peu les dimensions sociales du symptôme et voir comment le cadre de la relation thérapeutique traduit une des multiples facettes des rapports sociaux.

Au fond des débats publics qui accompagnent les mutations actuelles dans le monde de la santé/maladie mentale au Québec, comme ailleurs aussi dans les sociétés «post-modernes», se trouvent des interrogations plus ou moins articulées sur les valeurs qui régissent, et qui régiront, les cadres du travail à accomplir. Dans cette conjoncture, les intervenants sont profondément interpellés, à plusieurs égards. Comment considéreront-ils, par exemple, le «symptôme», la personne symptomatique devant eux? Comment celle-ci en est-elle arrivée là, comment la traitera-t-on? Ce sont toutes des questions fondamentales, qui ne remettent pas seulement en cause la technique — telle ou telle technique thérapeutique ou administrative — mais aussi les valeurs qui régissent et encadrent la *relation* dite thérapeutique. Car même si cette relation, qui n'est ni unidimensionnelle, ni unidirectionnelle, trouve peu ou pas de place dans les analyses des sciences humaines, sociales et médicales, cela n'enlève rien au fait qu'elle traduit un rapport social. Elle est, à tout le moins, une des facettes non négligeables du social, si l'on considère l'ampleur des dépenses publiques reliées aux troubles mentaux — graves ou bénins.

Le présent article se veut une réflexion en même temps qu'une interrogation sur la nature et le sens du travail accompli auprès de personnes considérées comme anormales, pathologiques, déviantes ou malades. Par delà les grilles statistiques sur les taux de morbidité et de récidence, ou les calculs des coûts

et de l'incidence de la pathologie mentale, l'intervenant peut-il réfléchir et *a fortiori* s'exprimer, autrement que dans les cadres sanctionnés, sur ce qui le touche dans son travail quotidien.

Nous examinerons, à tour de rôle, les questions suivantes:

1) Que signifie la notion de contrôle social dans la perspective sociologique sur la folie/maladie mentale?

2) Quelle est la part du social dans le conflit intrapsychique?

3) D'où nous vient le concept moderne de l'individu, comment saisir son rapport *dialectique* au collectif, au social?

4) Que pourraient signifier ces mots qui ont des incidences capitales aujourd'hui (parce qu'ils dessinent les contours de la psychiatrie et de la santé mentale de demain), tels qu'asile, autonomie, guérison...?

### LA NOTION DE CONTRÔLE SOCIAL DANS LA PERSPECTIVE SOCIOLOGIQUE SUR LA FOLIE/MALADIE MENTALE

Depuis quelques années, le discours public trahit une préoccupation croissante à l'égard de la santé mentale. Les médias et les statistiques officielles nous apprennent qu'une personne sur cinq connaîtra la dépression au cours de sa vie, qu'une sur huit sera hospitalisée en psychiatrie, que les services et les budgets publics sont débordés et qu'il faut trouver des «nouvelles solutions» à ce fléau social.

Mais qu'en est-il, au juste, de ce fléau social?

\* L'auteure est chargée du dossier santé mentale au D.S.C. Sacré-Coeur et est en rédaction de thèse de doctorat en sciences politiques à l'U.Q.A.M. Ce texte constitue une version légèrement remaniée d'une communication donnée au 10e Colloque québécois sur la santé mentale, en mai 1985.

Mentionnons d'abord que ce n'est pas la première fois, dans l'histoire des derniers siècles, qu'on se préoccupe de la folie ou de la maladie mentale. Michel Foucault et Robert Castel ont magistralement montré que c'est justement dans les périodes de profondes transformations sociales et de bouleversements, quand apparaissent de nouveaux exclus et de nouveaux marginaux, que se dessinent les nouveaux contours de la psychiatrie. Et à chacune de ces mutations, la psychiatrie étend son emprise. Ici en 1851, par exemple, après la construction du premier asile à Beauport, on a établi à 194.7 par 100,000 habitants le nombre d'asilés. En 1871, le chiffre grimpait à 277 par 100,000, en 1891 à 305.7, en 1911 à 324.4 (Beaudet, 1976).

C'est dans cette courbe historique qu'il faudrait situer notre réflexion sur le «fait» qu'une personne sur huit sera traitée en psychiatrie au cours de sa vie. Car, pour citer Roland Jaccard, «nous assistons à une diffusion de la psychiatrie à tous les niveaux de la société, diffusion qui pourrait s'accompagner de la disparition de l'hôpital psychiatrique. Fonctionnant de manière permanente, voire quasi automatique, le pouvoir médical et psychiatrique étendrait son emprise jusqu'à constituer un des principaux instruments de contrôle social et de normalisation» (Jaccard, 1979, 50).

Ici et là dans les colloques et revues scientifiques, on signale que les «vrais» psychotiques, les «graves», ne constituent que 1% à 10% de la population — un écart qui, à lui seul, indique bien la nature évasive du phénomène psychotique. La catégorie «autres» regroupe un «ensemble de malaises et symptômes» dits légers, qui selon certains, toucheraient 20%, 40%, voire même 60% et plus de la population.

Mais *qui* sont au juste ces «populations à risque élevé», qui font l'objet des préoccupations croissantes des milieux officiels, des médias et même du grand public? Quand on regarde de près les chiffres et les tableaux, on constate qu'il s'agit surtout de jeunes, de personnes âgées, de femmes, (chefs de famille ou autre), d'immigrants... Pourquoi ces sous-groupes sociaux (pour emprunter le vocabulaire de la sociologie) qui, si on les additionne rapidement, constituent la grande majorité de la population, sont-ils si vulnérables à l'éclosion de la folie/maladie mentale? Pourquoi trouve-t-on tant d'anormalités, de pathologies mentales ou de trou-

bles mentaux — graves ou légers — chez ces groupes que la statistique a cernés ou montrés en effigie?

Il faut se rappeler que la psychiatrie scientifique, avant même d'être un projet thérapeutique, a été depuis ses débuts il y a plus d'un siècle et demi, la forme moderne de l'ère industrielle de recevoir les marginaux, les vagabonds, les mendiants, les déviants sexuels; bref, ceux et celles qui *dérangent*, à qui on appliquera un diagnostic et un traitement. Qui dérangeant quoi, sinon un ordre social précis, avec ses règles pour régir les normes et les valeurs sociales?

La situation a-t-elle changé? À un récent colloque psychiatrico-administratif, on entendait dire que «la société exige de ne pas être dérangée», que celui qui est anormal doit retourner aux normes sinon il ne sera pas plus toléré que jadis (A.H.Q., 1985). Or, d'après un bon nombre d'enquêtes (Brenner, 1973; Bozzini *et al.*, 1979), il y aurait des liens étroits entre l'apparition de troubles mentaux nécessitant un traitement psychiatrique et des phénomènes de marginalisation sociale comme le chômage ou d'autres formes d'exclusion du système de production. Même si les fins de ce système sont contestables, il faut reconnaître que le travail (rémunéré), qui donne la possibilité de produire et de consommer, est si capital dans notre société qu'en être exclu atteint des dimensions plus ou moins subtiles de *rejet* qui ne sont pas sans influence sur l'état de santé mentale des individus, jeunes ou vieux, femmes ou hommes. Nous y reviendrons.

Il est vrai que toute société doit se donner des règles de comportement, des limites qui ne peuvent être transgressées. Ce sont là les contours des libertés, et des responsabilités, que se donne une société. Mais par les temps qui courent, nous sommes bien obligés de se demander de quelles limites, de quelles normes, de quels interdits il s'agira; et qui les définira. La médecine mentale moderne risque de jouer un rôle clef ici. On n'a qu'à feuilleter le DSM III pour être saisi par l'étendue des comportements humains classés comme désordres menant à tel diagnostic et, éventuellement, tel traitement.

Pour en donner quelques exemples, ce n'est pas seulement la tristesse, le mutisme sous toutes ses formes, les états dépressifs psychotiques ou névrotiques, qui s'y trouvent catégorisés. Constitue aussi un désordre, psycho-sexuel cette fois, le comportement de la petite fille qui aime le sport, joue avec

les garçons, n'aime pas les poupées; ou, inversement, celui du petit garçon qui s'habille en fille, joue avec des poupées et n'aime pas le sport. Plus cocasse encore, voici la définition d'une personne dite en épisode maniaque d'hyperactivité:

«L'hyperactivité implique souvent des projets excessifs et une participation à de multiples activités (par exemple: sexuelles, professionnelles, politiques ou religieuses)... On assiste à une sociabilité accrue; des efforts sont faits pour renouer avec d'anciennes relations... Fréquemment l'expansivité... la surestimation de soi... conduisent à des activités telles que des achats inconsidérés... un comportement sexuel inhabituel... Les activités sont souvent désorganisées, spectaculaires ou bizarres comme le fait de s'habiller de vêtements colorés ou étranges, de se maquiller maladroitement... de distribuer des bonbons, de l'argent à des passants... L'expression verbale maniaque est... très sonore, rapide et difficile à interrompre. Elle est souvent riches en blagues,... jeux de mots et en cocasseries inadaptées...

Il existe typiquement une augmentation de l'estime de soi; elle va d'une confiance aveugle en soi-même jusqu'à une folie des grandeurs caractérisée... Par exemple, le patient peut donner son avis sur des sujets pour lesquels il n'a aucune compétence particulière, comme la façon de diriger un hôpital psychiatrique ou les Nations Unies. Malgré l'absence de tout talent particulier, il peut commencer un roman, composer de la musique ou rechercher une publicité pour une invention irréalisable.»

Décidément on ne s'en sort pas. Devant pareilles outrances, on ne peut qu'être d'accord avec la mise en garde récente de R.D. Laing. Selon lui, le DSM III, en proposant une classification systématique et informatisée de tous les désordres et troubles mentaux, risque de bâtir «une nef de fous dans laquelle chacun d'entre nous pourrait bien être invité à monter» (Laing, 1985). Où est le danger ici?

À tout le moins faudrait-il se demander quelles seraient les implications, sur les plans social et culturel, du fait de transformer en pathologies, en maladies, en anormalités ces expressions multiples et variées du désespoir, du pathos, de la souffrance, qui traversent le discours du ou de la «maladie mentale» — grave ou léger, délirant ou grandiose. Ce

sont là des dimensions plutôt négligées ou «oubliées» dans la mode courante de vanter la folie. Car, faut-il le souligner, face à la possibilité de «vivre sa folie», tous et toutes ne sont pas égaux.

En voyant ceux et celles qui passent par le processus thérapeutique, il faut interroger la logique qui définit comme désordre ou maladie toute expression qui dérange. S'agirait-il d'une mentalité de «gestion des risques» des «populations assistées», (Castel, 1979) ou de ceux et celles qui ont glissé hors du monde du produire et du consommer? (Gentis, 1973)

Ce qui est en jeu ici, c'est la définition du rapport entre normal et anormal. Dans ce sens, toute politique qui considère la santé mentale comme la capacité de l'individu de s'adapter aux normes de son milieu et, inversement, qui voit l'inadaptation comme une maladie à traiter, sans se demander si ces normes sont acceptables ou vivables, ne peut être qu'une politique de maintien de l'ordre établi au mieux, et de contrôle social répressif au pire. Car la normalité qui respecte les idées reçues, qui ne transgresse jamais les règles sociales, même en imagination, est, pour reprendre Joyce McDougall, une «carence qui frappe la vie fantasmique et qui éloigne le sujet de lui-même» (McDougall, 1978, 220). Voilà une aliénation qui est l'essence même d'une société bureaucratique et rangée, de droite ou de gauche.

Une critique de la médecine mentale ne doit pas interroger le seul pouvoir des médecins, mais plutôt tout le dispositif de la logique médico-scientifique, qui encadre l'ensemble de *notre* travail, son «sujet» autant que son «objet». Je crois que Foucault et Castel, chacun à sa manière, ont tout à fait raison de nous rappeler qu'il ne s'agit pas d'une histoire de méchants médecins ayant saisi le pouvoir par un grand soir aux barricades mais plutôt que les *projets de la médecine scientifique ont été investis socialement d'un pouvoir thérapeutique*. La notion de maladie a été culturellement modifiée. Et même si la notion de «maladie mentale, maladie comme les autres» n'a jamais tout à fait réussi à s'imposer, elle n'est pas pour autant disparue de l'horizon. On le voit, entre autres, chez les étudiants en médecine, en stage de psychiatrie qui conçoivent la maladie mentale comme une dysfonction dans les neurotransmetteurs. Tout se passe dans les trajectoires nucléaires du cerveau de l'individu, une sim-

ple affaire de communications cellulaires, en quelques sorte.

On ne peut douter un instant des dimensions et des manifestations biochimiques de la perturbation mentale. Cela se voit même à l'oeil nu. Mais dans ce cadre qui se limite au cerveau de l'individu il reste peu de place pour son *histoire* à lui, à elle. Une histoire tissée de *relations* avec les autres, donc une histoire forcément sociale. Comment ont été tissées ces relations? Quelles conditions médiatisaient ces relations, et les médiatisent toujours d'ailleurs? Ce sont des questions fondamentales pour quiconque se retrouve face au délire, à l'angoisse. Dans notre pratique institutionnelle, petite ou grande, quelle est la place, le cadre qui permet le déploiement de cette histoire? Le «mal à dire, qui est au centre de la problématique du «malade mental» peut-il trouver un dénouement dans ces cadres? Est-il possible de laisser place au vrai dans ce dire? Car, pour citer Maude Mannoni, «quand ils se mettent à dire la vérité de notre société et de nous-mêmes, tout se passe comme si dans les structures que nous leur offrons, il n'y avait pour eux plus d'autres choix que la folie» (Mannoni, 1970, 70).

## LA PART DU CHAMP SOCIAL DANS LE PHÉNOMÈNE MENTAL

Dans la mode courante de vanter la folie, tout comme dans certains discours sociologiques, il y a un grand manque, un oubli. Comme si on ne voulait pas reconnaître et admettre qu'il y a une véritable souffrance dans la névrose et la psychose. On n'a qu'à écouter les propos, horriblement lucides à un certain niveau, d'une jeune suicidaire ou ceux d'un psychotique aux prises avec des hallucinations pour être interpellé, souvent de façon brutale: force est de reconnaître qu'il y a là un véritable mal.

Il est urgent que la formation des intervenants en «santé mentale» intègre une ou d'autres lectures de ce mal. Les sentiments et les comportements d'exclusion et de rejet, si présents dans les troubles psychiques, ne peuvent être réduits à leur simple dimension individuelle ou intrapsychique. Il y a autre chose qui cherche à se dire.

S'il y a un tabou qui demeure tenace, c'est bien celui de la souffrance. Je ne m'attarderai pas aux nombreux exemples des limites et interdits imposés à son expression. Nous les connaissons — par

coeur, pour ainsi dire. On peut même se demander si ce tabou de la souffrance n'est pas l'envers nécessaire de la violence et de son maintien. Quoi qu'il en soit, le blocage étouffant et paralysant est une des facettes indéniables de la folie/maladie mentale.

Je trouve intéressante la définition du symptôme délirant ou névrotique que nous propose Joyce McDougall à savoir: que le symptôme est une tentative d'autoguérison, qui «sert de rempart contre l'indifférenciation, la perte d'identité, l'implosion morcellante de l'autre». Qui est cette *AUTRE* source d'implosion morcellante? Il n'y a pas de mauvaise mère. Ou alors, il faudrait se demander pourquoi il y a tant de «mauvaises mères». Et à ce sujet, les armoires de la cuisine scientifique et théorique sont plutôt vides.

Car tout ne se passe pas qu'entre les murs intra-familiaux pas plus qu'entre les parois intrapsychiques — comme s'il n'y avait aucune interrelation avec le champ social. La position d'exclu, de rejeté, d'exploité, de victime, qu'on retrouve chez le ou la malade mentale, n'est pas qu'un simple phénomène de neurotransmetteurs. C'est une position qui lui a été imposée, ainsi qu'à sa famille. Il s'agit d'une sorte de contrat conclu entre l'individu, sa famille et la société; un contrat qui est très souvent, trop souvent, vicié à la base (Castoriadis-Aulagnier, 1975). Il ne faut pas s'étonner que certains «craquent» sous le poids d'un contrat inégal. Ce qui frappe dans ces ruptures psychiques, c'est qu'il semble toujours y avoir un *en trop* ou *en moins* qui vient ébranler une structure psychique dont les failles remontent à un passé lointain et changé. Un *en trop* ou *en moins* qui fait chavirer. Mais, dans nos structures institutionnelles, qui se veulent thérapeutiques, est-il possible de reconnaître la véritable signification du mal?

Les manifestations concrètes de la marginalisation sociale, comme celles qui se rapportent à la production (le chômage, la pauvreté, le b.e.s) tout comme d'autres formes de rejet (raciale ou sexuelle, par exemple) peuvent constituer des conditions objectives suffisantes pour faire éclater les failles d'une structure psychique fragile. Comme s'il s'agissait de la rupture d'un contrat inacceptable au départ et devenu insoutenable. La réalité de l'oppression sociale ne se traduit pas toujours, loin de là, en poésie, en musique ou en oeuvre d'art — encore moins en révolution. Sans possibilité de

reconnaître cette oppression, notre «normalité» risque d'être fort toxique pour ceux et celles à qui on impose des normes de comportement correspondant à tel traitement et à tel compartiment institutionnel.

La technologie médico-scientifique actuelle porte en elle le potentiel de contenir et étouffer l'expression dérangeant de ce qui est devenu insoutenable. Maintes études indiquent que, depuis l'apparition des premiers neuroleptiques et antidépresseurs dans les années 50, il y a eu augmentation vertigineuse du recours aux produits médicaux pour calmer les débordements psychiques. Peter Breggin, notamment, mentionne l'utilisation accrue des ECT et de la psycho-chirurgie, malgré que l'opinion contraire soit répandue (Breggin, 1983). S'interroger sur la technologie médicale n'est pas prendre partie contre la technologie, mais plutôt interroger son utilisation, examiner si ses prétentions thérapeutiques s'accordent avec la réalité. Combien de temps peut-on continuer d'accepter que les effets dits «secondaires» de ces interventions ne sont que le prix à payer pour sortir une femme de sa torpeur, une jeune fille de sa déviance délirante, un vieux de sa confusion? En réalité, ces effets secondaires deviennent vite, et pour longtemps, des effets premiers. N'aurions-nous pas intérêt à chercher de ce côté-là — aussi — les sources de la chronicisation? Et les réponses ne peuvent provenir uniquement du savoir scientifique, aussi neutre et objectif soit-il. Il y a là une responsabilité sociale et collective qui nous sollicite. Il y a là une affaire de *négociation*. et c'est peut-être ce qu'on veut dire, dans le fond, quand on parle de démystifier la médecine.

La technologie, au sens strict du terme, n'est pas seule en cause. On pourrait s'étendre longuement sur les techniques administratives qui encadrent le travail. Prenons brièvement l'exemple de la loi sur la protection de la jeunesse, la Loi 24. Louons d'abord l'État de vouloir intervenir pour protéger les jeunes des abus dont ils sont victimes. À cet égard, Alice Miller nous a magistralement montré les effets à long terme et les conséquences sociales de la violence exercée sur les enfants, ainsi que l'importance d'adopter des politiques sociales pour la stopper (Miller, 1981, 1983). Mais dans notre contexte québécois, on peut se demander si cette politique, a priori bien fondée, ne vient pas «judiciariser» de plus en plus le travail social. De nombreuses travailleuses sociales se plaignent que leur

position ambiguë (police ou thérapeute) a des implications souvent néfastes sur les relations qu'elles sont appelées à entretenir avec l'enfant et sa famille.

Nous pourrions multiplier les exemples pour montrer que les outils dont nous disposons pour faire notre travail nous coincent trop souvent dans une position qui offre peu d'espoir à celui ou celle que nous devons par ailleurs aider. Il faudrait bien un jour que ces questions soient soumises à un débat public. Et que nous y participions...

## LE CONCEPT MODERNE DE L'INDIVIDU

Jetons maintenant un bref regard du côté de la philosophie politique. Cet exercice n'a rien de futile, car on retrouve là l'articulation des concepts qui sous-tendent l'organisation sociale: individu, égalité, liberté, différence, etc...

Une des idées les plus profondément ancrées dans notre société, c'est que les individus sont *a priori* égaux, que chacun est maître de sa personne et de ses capacités. Cette notion est au centre de la philosophie libérale depuis Thomas Hobbes. Elle ne signifie pas pour autant que l'on ne constate pas l'existence de différences réelles. Au contraire, on les énumère ces différences: race, sexe, âge, force, intelligence, etc. Mais quand vient le temps d'articuler différence et égalité, les sages de la pensée politique laissent beaucoup à désirer...

Cela est particulièrement frappant quand on s'acharne, comme femme, à vouloir déchiffrer le contenu ou la véritable signification du concept d'égalité en philosophie politique. Si au départ le concept «homme» est neutre, asexuel et universel, un terme pour englober l'humanité, on ne tardera pas à découvrir que l'universel cache bien des particularités, et notamment la domination et le contrôle des «natures» différentes. N'accède pas à la norme universelle, ni à sa définition, qui veut. Disons rapidement que cela aide, voire même constitue une condition *sine qua non*, d'être mâle, blanc, intelligent et civilisé. Dans la plupart des textes de philosophie politique depuis les Grecs, la femme — pour ne prendre que cette différence-là, qui n'est pas la moindre — se trouve reléguée à des places fort bien circonscrites, qui assureront qu'elle sera objet de l'histoire, jamais son sujet.

Si je mentionne trop brièvement ici la place faite aux femmes dans la philosophie (voir à ce sujet Mary O'Brien, de l'Université de Toronto; Louise Marciel-Lacoste, de l'Université de Montréal; Sarah Koffman, en France) — c'est tout simplement pour jeter un peu de lumière sur le fait que certains principes, considérés comme universels et fondamentaux dans notre société, se fondent en réalité sur l'exclusion et le contrôle. C'est question d'ordre social.

La notion prévalente qui conçoit les individus comme étant *a priori* égaux et propriétaires de leur personne, n'est pas qu'une idée abstraite ou théorique, sans fondement dans la réalité quotidienne. Au contraire, elle est essentielle à une société où les relations sociales entre individus sont de plus en plus soumises à des rapports marchands. Dès lors, comme le rappelle C.B. MacPherson, «la société politique devient un moyen calculé pour la protection de cette propriété et le maintien d'un rapport d'échange ordonné.» (Mac Pherson, 1970, 3). Ce qui est absent dans cette conception de l'individu, c'est son *contexte social*. On présuppose, pour la *relation* entre les individus, «la possibilité d'une autonomie et d'une objectivité pures..., comme s'ils étaient absolument indifférents, détachés les uns des autres.» (Rosanvallon, 1981, 99).

Or, nous savons qu'il n'en est rien. Les possibilités d'égalité dans notre société sont étroitement liées aux positions qu'occupent les individus: positions de sexe, de classe, de race, d'âge. C'est dans ce contexte que se développent les relations que l'individu ou sa famille entretiennent avec le champ social. Un champ dans lequel se dessinent, comme nous l'avons vu, les possibilités qu'auront les êtres de développer les facettes multiples de leur personnalité, possibilités qui sont essentielles à la santé psychique, voire même vitales. (Castoriadis-Aulagnier, 1975). En ramenant le contexte social au centre de notre face à face avec les multiples conflits intrapsychiques nous sommes bien obligés, dès lors, de nous interroger sur la signification de certains mots qui font partie de notre vocabulaire quotidien, tels qu'autonomie, asile, guérison.

## QUELQUES REDÉFINITIONS EN GISE DE CONCLUSION

La conception qui prévaut au sujet de l'autonomie individuelle néglige la dimension d'interdépen-

dance — comme si chacun était complètement détaché des autres. Il n'y a pas de principe universel, bon en tout temps, à jamais irrévocable, pour régir cette interdépendance inéluctable qui fluctue au cours de la vie, depuis le moment de la naissance jusqu'à celui de la mort. La réalité quotidienne nous rappelle sans cesse que l'universel, loin d'être incolore, indolore et indifférencié, regorge de particularités, de différences, d'imprévisibles, qui cherchent à s'exprimer ailleurs que sur les grilles statistiques de groupes et de sous-groupes sociaux à risque plus ou moins élevé, des grilles qui réduisent une notion aussi fondamentale que l'égalité à une *norme identique* pour tous et pour toutes.

La crise actuelle n'est pas seulement économique. Elle est aussi sociale, culturelle et politique... Au centre de cette crise se manifestent, pour reprendre les propos de Rosanvallon, à la fois un désir d'égalité et un désir de différence (Rosanvallon, 1981), c'est-à-dire la place pour que la différence puisse se déployer.

Parlant de *place* justement, on entend dire de plus en plus que «l'asile est nécessaire». Quel asile? Ce mot, comme tant d'autres, est profondément ambigu. Étymologiquement, le sens premier du mot asile renvoie à la notion de refuge, d'abri. Mais il a cédé la place, dans les consciences et dans les politiques sociales, à une notion d'*enfermement*, d'*exclusion*, de *rejet*, bref à l'impossibilité de choisir. Aujourd'hui, face aux débordements du système psychiatrique, quels refuges peut-on aménager à ceux et à celles qui sont en perte d'autonomie, *c'est-à-dire en crise dans leurs relations avec les autres*. Les possibilités résident dans notre capacité de remplacer les notions de contrôle et de surveillance, qui structurent le travail actuel, par celles d'entraide et d'accompagnement: la solidarité au lieu de l'assistance. En somme, il faut un lieu qui laisse place à la solitude, au secret, au droit de ne pas tout dire dans un ordre clinique imposé et qui par le fait même encadre la pensée (Aulagnier, 1976).

Dès lors, on peut s'interroger sur le sens même de la guérison, qu'on mesure aujourd'hui par le degré d'intégration au circuit de production et de consommation. Il se rattache à la notion de guérison une unidimensionalité qui est d'autant plus menaçante qu'elle s'appuie sur une mentalité bureaucratique, largement répandue dans une société qui cherche à tout classer, comptabiliser,

catégoriser: la vie parcellisée en tranches d'âges et en sous-groupes sociaux réduits à une moyenne statistique — et statique. À ce sujet, il faut rappeler les propos encore pertinents d'un Marcuse trop tôt relégué aux oubliettes. Écrits il y a 15 ans, ils prennent aujourd'hui des accents de vérité lourde de conséquences:

«La dynamique multi-dimensionnelle par laquelle l'individu pouvait atteindre et maintenir un équilibre entre autonomie et hétéronomie; entre liberté et la répression; entre le plaisir et la douleur, a cédé la place à l'identification statique et unidimensionnelle de l'individu avec les autres et avec un principe de réalité qui est administré. Dans cette structure unidimensionnelle, l'espace dans lequel peuvent se déployer les processus mentaux décrits par Freud n'existe plus...» (Marcuse, 1970, 47).

La menace la plus profonde que fait peser la mentalité unidimensionnelle, c'est de rejeter ce que, comme dirait Edgar Morin, ne peut être formalisé ni quantifié, c'est-à-dire *l'être et l'existence* (Morin, 1980). Dans cette optique donc, on peut trouver une inspiration dans cette réflexion de Maude Mannoni: «C'est à déperfectionner la société qu'il faudrait s'employer, c'est-à-dire retrouver les formes archaïques selon lesquelles l'arriéré ou le fou avaient leur place dans le village.» (Mannoni, 1970, 177).

Ou dans la ville, puisque nous y sommes. C'est ici que *peuvent* prendre un sens positif, voire même essentiel, les diverses tentatives actuelles de désinstitutionnalisation, dans la mesure où elles s'inscrivent dans une logique et une pratique communautaires, c'est-à-dire qui laisse place à la confrontation de différentes réalités, à l'ambiguïté, au non-linéaire... Car la lutte contre l'intolérance est fondamentalement une question de survie, survie individuelle et collective, donc sociale.

## RÉFÉRENCES

BEAUDET, C., 1976, *Évolution de la psychiatrie anglophone au Québec: 1880-1963; le cas de l'Hôpital de Verdun*, Institut supérieur des sciences humaines, Université Laval, septembre.

- BORGEAT, F., STRAVYNSKI, A., 1985, Les implications des modèles explicatifs biologiques sur les pratiques cliniques en psychiatrie, *Santé mentale au Québec*, 10, no. 1, 75-80.
- BOZZINI, L., CONTANDRIOPOULOS, A.P., LEBEAU, A., PINEAULT, R., 1979, *Les urgences psychiatriques dans la région du Montréal métropolitain*, Dept. d'Animation de la santé, Université de Montréal.
- BREGGIN, P., 1981, Disabling the Brain with Electroshock in Dongier, M., ed., *Divergent Views in Psychiatry*, Harper & Row, 247-271.
- BRENNER, M.H., 1973, *Mental Illness & the Economy*, Harvard University Press, Cambridge.
- CASTEL, R., 1981, *La gestion des risques: de l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse*, Édition du Minuit, Paris.
- CASTORIADIS-AULAGNIER, P., 1975, *La violence de l'interprétation: du pictogramme à l'énoncé*, fil rouge, P.U.F., Paris.
- CASTORIADIS-AULAGNIER, P., 1976, Le droit au secret: condition pour pouvoir penser in *Du Secret*, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 14, automne, 141-157.
- COLLOQUE DE L'A.H.Q., 1985, (Association des Hôpitaux du Québec), *De l'espoir à la réalité*, Montréal, 14 et 15 mars.
- D.S.M. III, 1985, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 3e édition, Masson, Paris.
- FOUCAULT, M., 1972, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris.
- GENTIS, R., 1973, *La psychiatrie doit être faite/défaite par tous*, Maspéro, Paris.
- JACCARD, R., 1979, *La folie*, Que sais-je, P.U.F., Paris.
- LAING, R.D., 1985, Nous pouvons tous être pris pour fous, *Psychologies*, 19, février, 30 à 34.
- MACPHERSON, C.B., 1970, *The Political Theory of Possessive Individualism: Hobbes to Locke*, Oxford Paperbacks, Oxford, University Press, London.
- MANNONI, M., 1970, *Le psychiatre, son «fou» et la psychanalyse*, Seuil, Paris.
- MARCUSE, H., 1970, *Five Lectures*, Beacon Press, Boston.
- MCDUGALL, J., 1978, *Plaidoyer pour une certaine anormalité*, Gallimard, Paris.
- MILLER, A., 1981, *C'est pour ton bien: Racines de la Violence dans l'éducation de l'enfant*, Aubier, Paris.
- MILLER, A., 1983, *Le drame de l'enfant doué; à la recherche du vrai soi*, P.U.F., fil rouge, Paris.
- MORIN, E., 1980, Entretien avec ..., *Psychologies*, 131, décembre, 9-13.
- ROSANVALLON, P., 1981, *La crise de l'État-providence*, Seuil, Paris.
- ROSENHAM, D.L., 1973, On being sane in insane places, *Science*, 179, N° 1, 250-258.

## SUMMARY

Several questions are raised concerning the social values that permeate the changing framework of mental health services and, within these, of the therapeutic relationship. An attempt is made to shed some light on the social dimensions of the symptom and how, in face of which, the framework of the therapeutic relationship translates one of the many facets of social relations.